

## **Derechos y Responsabilidades Médicas**

**DERECHO A SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL** Usted tiene derecho a pedir una audiencia imparcial si no está de acuerdo con una decisión tomada respecto de su caso. Debe pedir una audiencia por escrito o por teléfono. Su solicitud de audiencia debe ser recibida dentro de los 30 días calendario, más 3 días extras para envío por correo, desde la fecha del aviso de la decisión. Puede representarse a usted mismo/a en la audiencia o tener un representante. Las decisiones de las audiencias imparciales suelen tomarse dentro de los 90 días calendario desde la fecha de solicitud. Puede pedir una audiencia urgente (rápida) si tiene una necesidad médica urgente. Debe enviar documentación de un profesional médico como comprobante de la necesidad médica urgente en el momento en el que pide una audiencia urgente. En caso de ser aceptada, la audiencia imparcial se coordinará tan pronto como sea posible. En caso de ser denegada, la audiencia se coordinará en el plazo habitual de tiempo. Si pide una audiencia, es posible que pueda mantener su cobertura mientras aguarda la decisión de su audiencia. Si su cobertura sigue hasta la decisión de la audiencia, es posible que deba devolver cualquier asistencia que reciba si la decisión no es a su favor. La decisión de su audiencia puede producir un cambio en la cobertura de otros integrantes de su grupo familiar. Para pedir una audiencia imparcial, debe llamar al 1-800-792-4884 (TTY 1-800-792-4292) o enviar su solicitud por correo a la Office of Administrative Hearings, 1020 S. Kansas Ave, Topeka, KS 66612.

**CLÁUSULA DE DERECHOS CIVILES** Si usted siente que ha sido discriminado por su raza, color, sexo, edad, discapacidad, religión, creencia política, o nacionalidad en cualquier programa administrado por el Departamento de Salud y Medioambiente de Kansas llame al 1-800-792-4884 (TTY 1-800-792-4292) para obtener información acerca de cómo presentar una queja.

**PENALIZACIÓN POR FRAUDE** Las personas que sean encontradas culpables de obtener intencionalmente beneficios para los cuales no tienen derecho serán excluidas de recibir asistencia conforme con las pautas del programa y podrían también ser sometidas a una multa o prisión o ambos.

**INFORMAR LOS CAMBIOS** A usted se le exige que nos informe los cambios. Le diremos qué cambios usted tiene la obligación de informar. Si usted tiene preguntas acerca de sus requisitos de informe, por favor comuníquese con nosotros.

**SEGURO DE SALUD** Usted debe informarnos todos los cambios en su cobertura del seguro de salud disponible a través de su empleador, y acuerdos del seguro debido a accidente o lesión. Usted debe notificar a sus proveedores médicos acerca de todos los seguros de salud, incluyendo asistencia médica KanCare, al momento del tratamiento.

### **NÚMEROS DE TELÉFONO GRATUITOS**

Elegibilidad Médica KanCare 1-800-792-4884 (TTY 1-800-792-4292)  
Centro de Inscripción de Atención de Salud KanCare 1-866-305-5147

### **OFICINA DE AUDIENCIAS ADMINISTRATIVAS**

Office of Administrative Hearings  
1020 S. Kansas Avenue  
Topeka, KS 66612-1327